Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau. (Direktor Prof. Dr. H. Gottron).

Menstruation und Hauterkrankungen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung
der Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von
Elisabeth Ullrich
bestallte Ärztin

1938

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Gottron.
Dekan: Professor Dr. Perwitzschky.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Druckerei Rosinsky Breslau, Kreuzstr.

Meinen lieben Eltern in Dankbarkeit
gewidmet

Die ersten Beobachtungen über Hautkrankheiten in ihrer Beziehung zur Menstruation reichen bis in die Mitte des vorigen Jahrhunderts zurück. Ferdinand von Hebra veröffentlichte um das Jahr 1855 Abhandlungen über den Zusammenhang von Urticaria, Seborrhoe und Erythem mit der Menstrualblutung. Zu gleicher Zeit sollen auch englische Autoren das Auftreten einer mit Menstruationsstörungen einhergehenden Schwarzfärbung der Augenlider und Wangen, die sie Steaorrhoea nigricans nannten und einer abnormen Hauttalgbildung zuschrieben, berichtet haben (cit. nach Weitgasser und Cafasso).

Seither findet sich in der dermatologischen Literatur eine wachsende Reihe von Einzelbeobachtungen und zusammenfassenden Arbeiten zu diesem Thema, das, da der Zusammenhang zwischen Hauterkrankungen in ihren verschiedenartigsten Formen und Menstruation auch heute noch oftmals völlig ungeklärt ist, immer wieder das Interesse der Dermatologen erregt.

Entsprechend der alten Auffassung, die wir heute noch im Volksglauben erhalten finden, daß die Periode die Ausscheidung giftiger Stoffwechselprodukte sei, wurden zuerst Hauterkrankungen zur Zeit der Menstruation oder bei Menstruationsstörungen auf im Körper zurückgehaltene toxische Stoffe zurückgeführt. Diese Auffassung wurde besonders durch Polland und Matzenauer vertreten, die im Jahre 1912 ein eigenes Krankheitsbild, die Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica erstmalig beschrieben, während im Gegensatz dazu Kreibich die Dermatitis symm. dysm. in die Gruppe der neurotischen Gangrän einreihte.

Als um die Jahrhundertwende die Lehre von der inneren Sekretion immer mehr ausgebaut wurde und die Menstruation als ein vom Ovarium innersekretorisch hervorgerufener Vorgang erkannt und bewiesen wurde, wandelten sich auch die Ansichten über Menstruationsexantheme, für die man nun als ausschlaggebende Ursache innersekretorische Störungen ansah. Man begann jetzt auch andere ätiologisch ungeklärte Hautleiden auf innersekretorische Ursachen, so auch häufig auf Ovarialdysfunktion, deren augenfälligster Indikator Menstruationsstörungen sind, zurückzuführen.

Ein Beispiel dafür ist die Psoriasis. Man fand, daß bei Frauen häufig die ersten Ausbrüche von Psoriasis zur Zeit der Menses auftraten und daß Nachschübe durch dysmenorrhoische Zustände ausgelöst wurden. Von anderen wurde ein spätes Manifestwerden psoriatischer Aussaaten im Klimakterium beobachtet. Andererseits wurde aber auch ein Abklingen des Hautprozesses mit Ausfall der Normalovarialfunktion beschrieben (Nobl), was mit den vorherigen Beobachtungen nicht in Einklang zu bringen war. Solomons beschreibt Psoriasisausbrüche in vierwöchentlichen Abständen bei fehlender Menstruation, bei Mangel sämtlicher innerer Geschlechtsteile bis auf ein Ovar. Hoede stellt nun aber nach eingehender Beobachtung von 96 psoriasiskranken Frauen folgendes fest: Die Schuppenflechte bei Frauen beginnt zwar verhältnismäßig häufig (in 29 von 96 Fällen) im Kindesalter vor den ersten Menses. Ein ursächlicher Zusammenhang mit der physiologischen Amenorrhoe ist damit nicht bewiesen, nach den übrigen Erfahrungen unwahrscheinlich. Weder Beginn noch regelmäßiger Verlauf haben einen heilenden Einfluß auf die Schuppenflechte. Psoriasisbeginn um die Zeit der Entwicklungsjahre kommt sogar mehrfach vor. Bei 8 von 96 Frauen fiel der Beginn der Menses und der Psoriasis in das gleiche Lebensjahr. Störungen der Eierstocktätigkeit finden sich bei Psoriasiskranken selten. Der Verlauf der Schuppenflechte zeigt in diesen Fällen nichts Besonderes. Die Empfängnisfähigkeit ist nicht herabgesetzt. Eine Schwangerschaftsamenorrhoe hat meist günstigen Einfluß. Um die Zeit der Wechseljahre und später kommen zwar noch Rückfälle, vereinzelt auch Erstausbrüche vor, jedoch viel seltener als zur Zeit der Geschlechtsreife. Eine vorherrschende Bedeutung der Tätigkeit der Geschlechtsdrüsen für die Schuppenflechte ist sehr fraglich. Diese im vorhergehenden ausgeführten Feststellungen bezüglich Ausbruch der Psoriasis in Beziehung zur innersekretorischen Tätigkeit der Geschlechtsorgane lassen im Hinblick auf ihre Verschiedenartigkeit und geradezu Gegensätzlichkeit die Annahme einer innersekretorischen Bedingtheit der Psoriasis nicht zu.

Ein anderes in seiner letzten Ursache völlig ungeklärtes Leiden ist die progressive Sklerodermie. Auch hier begegnete man auf der Suche nach der Ätiologie immer wieder Krankheitsfällen, bei denen ein Zusammenhang mit Menstruationsstörungen und damit mit gestörter Ovarialtätigkeit nahezuliegen schien. So wurden derartige Sklerodermiefälle bei Zessieren der Menses beobachtet. Andere Patienten erkrankten nach Extirpation der Ovarien oder bei Zysten- und Tumorbildungen der Eierstöcke. Es wurden Fälle nach Röntgen-

kastration oder auch bei einfachen Menstruationsstörungen beschrieben. (Ehrmann und Brünauer.) Solche und andere innersekretorische Störungen kommen aber nicht regelmäßig bei der progressiven Sklerodermie vor. Daß sie jedoch durchaus nicht selten sind, beweisen 2 im vorigen Jahr in unserer Klinik beobachtete Fälle:

I. Die damals 24jährige Pat. M. H. wurde erstmalig 1924 in der Breslauer Universitäts-Hautklinik beobachtet. Damals wurde folgende Anamnese erhoben:

Vater früher lungenkrank, Mutter gesund. 5 Brüder, davon einer lungenkrank, die übrigen gesund. In der gesamten übrigen Verwandtschaft kein ähnliches Leiden bekannt.

Die Kranke hatte als Kind Masern, Scharlach und Diphtherie; 1914, 1917 Mittelohrentzündung. Mehrfach Wucherungen im Halse entfernt. 1917 Grippe. 1923 Blinddarmreizung.

Menarche mit 17 Jahren: Periode von jeher sehr unregelmäßig, manchmal nur alle Vierteljahre; in letzter Zeit alle 5—6 Wochen, schwach, viel Beschwerden.

Aufmerksam wurde die Pat. auf den Beginn ihrer jetzigen Erkrankung erstmalig in der Schule. Wenn sie die Hände zum Gebete falten mußte, wurden ihre Finger blau und „starben ab". Schon 1914 beobachtete sie, daß die Finger anfingen krumm zu werden. Allmählich trat zunehmende Steifheit an Händen und Füßen auf. Weiterentwicklung sehr langsam. Etwa 1918 Beginn der Arbeitsbehinderung. Behandlung von Anfang an mit Bädern, lange Zeit mit Fibrolysineinspritzungen, auch Dampf- und Schwefelbädern. Winter 1921 Sehnentransplantation im Krankenhaus Bunzlau, ohne Erfolg. Die letzten beiden Finger der linken Hand wurden brandig und mußten nach und nach abgenommen werden. Beobachtung, daß das Gesicht schief wird, erst in letzter Zeit. Im letzten Winter viel Kopfschmerzen, allgemeines Unbehagen, mäßige Gewichtsabnahme. Zur Zeit ist das Allgemeinbefinden viel besser.

Befund (19. 5. 24): An der linken Hand sind 4. und 5. Finger abgesetzt und mit glatter Narbe verheilt. Die Narbe ist besonders gegen leichten Druck empfindlich. Die übrigen Finger der linken Hand, sowie sämtliche der rechten sind leicht gekrümmt. In sämtlichen Fingergelenken ist die Beweglichkeit gering, am besten noch in den Grundgelenken. Die Haut ist verdickt, von normaler Farbe, schlecht gegen die Unterlage verschieblich. Die Endphalangen, ebenso die Nägel zeigen leichte Krümmung. Am Handrücken und Unter-

arm beiderseits fleckweise Teleangiektasien. Spannung der Haut reicht bis zum Handgelenk. Die Haut des Gesichtes und Halses ist weich, nur an der Nase und um den linken Mundwinkel leichte Verdickung der Haut. Das Gesicht ist maskenartig. Stirn kann gerunzelt werden. Pfeifen unmöglich. Beide Füße sind bläulich-livide verfärbt. Haut zeigt mäßige Spannung, geringe Verdickung. An beiden Unterschenkeln deutliche Venenzeichnung. Haut über beiden Knien gleichfalls gespannt. Körperbau sehr grazil, kein Infantilismus.

Wassermann negativ, S. S. negativ. Urin o. B.
Blutbild: Hb. 77%, Ery. 3,9 Mill., Leuc. 8600, Polym. 81%, Lym. 11%, Eos. 6%, Mon. 2%.
Pilocarpinversuch ++.
Atropinversuch +.
Adrenalinversuch ∅.

Pat. wird am 29. 5. 24 aus der Klinik entlassen und in der Folgezeit 8 Wochen lang mit 1,0 Supraren. hydr. i. m. täglich vom Hausarzt behandelt.

Am 23. 7. 24 stellt sich die Kranke erneut vor und glaubt, daß die Spannung um Nase und Mund nachgelassen habe. Objektiv ist kaum eine Besserung festzustellen. In der Folgezeit Behandlung mit 3 × täglich 1 Tablette Thyreoglandol-Grenzach.

Pat. stellt sich erst am 10. 12. 1927, jetzt mit wesentlich gebessertem Hautzustand, wieder vor. Wird weiterhin mit polyglandulärer Substitutionstherapie behandelt.

Im März 1928 kommt die Pat. in die Klinik, weil sie in letzter Zeit über Leibschmerzen zu klagen habe. Bei der daraufhin veranlaßten Untersuchung in der Medizinischen Klinik und in der Frauenklinik wird eine rechtsseitige Oophoritis festgestellt.

Am 28. 2. 1937 kommt die Kranke erneut zur klinischen Aufnahme. Sie gibt an, in der Zwischenzeit nicht ernstlich krank gewesen zu sein. Hat inzwischen geheiratet. Keine Geburt. Eine fragliche Fehlgeburt. Menses in letzter Zeit regelmäßig. Die Kranke gibt an, daß zur Zeit der Menses die Schilddrüse anschwillt. Seit Weihnachten 1936 bemerkt die Kranke eine zunehmende Muskelschwäche. Sie konnte aber noch bis zum Schluß ihren Haushalt versehen.

Allgemeinbefund (8. 2. 37): Mittelgroße Pat. in genügendem E. Z. Gering entwickelte Muskulatur, wodurch insbesondere die Arme auffallend dünn erscheinen. Blasse Ge-

sichtsfarbe, mäßiger Kräftezustand (die Kranke hat während der Untersuchung mehrfach Anfälle von Übelkeit).
Augen: Pupillen bds. rund, reagieren prompt auf L. u. C.
Schilddrüse: Der rechte Lappen etwa pflaumengroß, der linke nicht vergrößert.
Herz: o. B. Lungen: o. B. RR. 110/90.
Abdomen: Weich, unterer Leberrand eben palpabel, Milz nicht fühlbar.
Reflexe: P. S. R. rechts schwach, links nicht auslösbar. A. S. R. nicht auslösbar. Babinski, Oppenheim, Rossolimo nicht auslösbar.
Extremitäten: 4. u. 5. Finger links, sowie die distalen Anteile der entsprechenden Metacarpalgelenke fehlen, alte Operationsnarbe.

Hautbefund: Gesicht etwas zugespitzt. Teleangiektasien an der Nasenwurzel, Augenbrauengegend, Jochbeingegend, ausgedehnter im Bereich der Wangen. Stirn faltenlos, bei Bewegung wenig Falten bildbar. Gesichtshaut ödematös, nicht sklerodermatisch. Auffallend ist, das im Vordergrundstehen der Teleangiektasien, auch im unteren Drittel der Unterarme, links fast am ganzen Unterarm und Handrücken. Auch an den Streckseiten Oberarme hier und da eine Teleangiektasie. Zu betonen ist, daß sich die Teleangiektasien nicht in atrophischer Haut befinden. An den Mamillen keine Teleangiektasien. Am ausgeprägtesten sind die Krankheitsveränderungen im Bereich der Hände. Die Arme weisen den Umfang eines 10—12jährigen Kinderarmes auf. Auch die Hände entsprechen denen eines 12jährigen Kindes. Die Spitzen der Finger sind etwas rarefiziert. Die Nagelplatte ist glatt, liegt fest und dicht auf dem Nagelbett auf. Im Bereich der Finger ausgeprägte sklerodermatische Veränderungen. Die Haut läßt sich nicht verschieben. Die Kranke gibt an, daß während der Schulzeit die Finger „offen" waren. Man sieht auf den Fingerkuppen mäßig eingezogene Närbchen. Hier bestand auch anscheinend Asphyxie und Gangrän, und deshalb sind auch vor 14 Jahren die beiden Finger abgenommen worden. Die Haut der Handrücken ist verschiebbar. Die Zehen verhalten sich ähnlich wie die Finger, hier sind die sklerodermatischen Veränderungen nur angedeutet. Die Haut im Bereich der Fußrücken und Unterschenkel ist zart-bläulich gefärbt, im ganzen verdünnt, aber nicht zigarettenpapierartig faltbar, sondern eher gespannt. Bei Entspannung legt sie sich in grobzigarettenartige Falten. Auch über dem Schienbein ist die Haut gespannt, aber nicht

verdickt. An den Außenseiten ist die Haut eher etwas ödematös verdickt. An den Kniekehlen und unteren Drittel der Beugeseiten der Oberschenkel und Gesäßfurche weist die Haut färberisch einen eigenartigen gelblichen, elfenbeinartigen Ton auf. In den Gesäßfalten mehr netz- und fleckförmige Hyperpigmentierungen. In den unteren Dritteln der Oberschenkel ist die Haut gespannt, liegt fest der Unterlage an, so daß der Aufbau der Muskulatur deutlich hervorspringt. Im unteren Drittel der Unterschenkel Erythrocyanose. An den Knien ist die Haut ebenfalls gespannt. Bemerkenswert ist vor allem noch, daß an den Ellenbogen linsengroße, eingezogene Närbchen in atrophischer Haut vorhanden sind. Pat. gibt an, daß sich dort Kalkkrümel entleert haben sollen. Jetzt von Kalk klinisch nichts mehr nachweisbar. Die Haut des Rückens, des Bauches und der Brust weist keine skleromatischen Veränderungen auf. Die Mundschleimhaut sieht weißgelblich aus. Zunge platt, glänzend. Zungenbändchen nicht besonders verkürzt. Mundschleimhaut etwas starr. Früher größere Spannung an der Oberlippe mit Verschmälerung des Lippenrotes. Der Hals weist beiderseits reihenartig angeordnete, feinziselierte, stecknadelspitzgroße Follikelschwellungen auf, die voneinander durch Furchen getrennt sind. Hals im ganzen zartbraun pigmentiert.
Blut: Wassermann negativ, M. Kl. negativ, K. negativ. Urin: E. (+) Ug. ∅ Z. ∅

Nach einer am 9. 2. 37 vorgenommenen Rö.-Teilbestrahlung von C_2 bis D_1 wurde die Pat. am 10. 2. 37 wieder nach Hause entlassen.

Es handelte sich hier um eine progressive Sklerodermie mit einhergehender Ablagerung von Kalk bei spät einsetzender Menarche und wechselnd unregelmäßiger Menstruation. Gleichzeitig besteht geringgradige Struma, die zur Zeit der Menses etwas mehr anschwillt. Die längere Zeit durchgeführte polyglanduläre Supstitutionstherapie konnte das Fortschreiten der Erkrankung nicht aufhalten.

II. Die 38jährige Pat. G. W. kommt am 23. 6. 37 mit folgender Anamnese in die hiesige Poliklinik:

Menses in letzter Zeit immer unregelmäßig. 1926 nach Entbindung bekam die Kranke erstmalig blaue und kalte Hände; seit 6 Jahren besondere Hochgradigkeit der Erscheinungen. Seit 1931 setzten allmählich bleibende Hautveränderungen ein, und zwar nach Aussage der Kranken unmittelbar nach einer schweren seelischen Erschütterung (tödl. Unfall des Kindes). 1932 bei Prof. Förster Nervenoperation

an der rechten Halsseite (Extirp. des Ganglion stellatum). In den letzten Jahren wiederholt Geschwüre an den Fingern.

Jetzige subjektive Beschwerden: Kältegefühl, Kribbeln, Taubheitsgefühl in den Händen. Das feinere Tastgefühl ist verloren. Beim Essen Behinderung, da Kauen unmöglich und Schlucken erschwert. Klagen über Sodbrennen.

Befund: Befallen ist die gesamte Hautdecke; die Haut ist im ganzen platt, glänzend, dabei im allgemeinen eher verdünnt und an der knöchernden Unterlage adhaerent. Die Finger und Zehen sind sämtlich vor allem in den Endgliedern hochgradig rarefiziert, wobei allerdings die Zehen des linken Fußes kaum beteiligt sind. Die Muskulatur ist hochgradig geschwunden, an den oberen Extremitäten noch schlimmer als an den unteren. Die Finger stehen hochgradig in Beugekontraktur, ebenso in den Ellenbeugen Beugekontrakturen. Die Muskulatur ist mehr oder minder rigide. In der hyperpigmentierten Haut sind reichlich Teleangiektasien sichtbar. Die Hyperpigmentierung ist perifollikulär hochgradiger, so daß ein geflecktes Aussehen der Haut resultiert. Das Gesicht zeigt maskenartiges Aussehen. Die Nase ist rarefiziert, die Lippen verschmälert und bedecken die Zähne nicht vollständig. Weiterhin Rarefizierung der linken Ohrmuschel. Das Öffnen des Mundes ist nur in geringem Maße möglich (Mikrostomie). Mundschleimhaut, soweit übersehbar, frei.

Bei dieser Pat. liegt ebenfalls eine progressive Sklerodermie vor. Beginn angeblich nach einer Entbindung. Menses in letzter Zeit immer unregelmäßig. Bemerkenswert ist ferner, daß nach Aussage der Kranken eine erhebliche Verschlechterung unmittelbar nach einer schweren seelischen Erschütterung einsetzte. Wissen wir doch, daß es sich bei der progressiven Sklerodermie pathogenetisch um eine Durchblutungsstörung handelt und daß Vasomotorenapparat und Nervensystem ätiologisch im Vordergrunde stehen. Eine Reihe von Forschern halten jedoch die progressive Sklerodermie auch heute noch für ein vorwiegend endokrin bedingtes Krankheitsbild, was bei dem engen Zusammenhang von innersekretorischen Drüsen und vegetativem Nervensystem auch verständlich erscheint. Betont doch F e l l n e r, daß heute bei der Beurteilung der endokrinen Genese einer Hauterkrankung der individuellen Auffassung des einzelnen Autors genügender Spielraum gelassen werden muß, da die meisten Annahmen durchaus noch unbewiesen sind. F e l l n e r hält die progressive Sklerodermie mit einer Reihe anderer Autoren für ein pluriglanduläres Endokrinid. Nach P u l v e r m a c h e r sind das vegetativ-nervöse

System und die endokrinen Drüsen als ganzes beteiligt. Es entspricht jedoch der Betrachtungsweise der modernen Medizin am meisten, den Kranken in seiner Gesamtpersönlichkeit und Konstitution zu erfassen. Und da innersekretorische Störungen und insbesondere Menstruationsstörungen durchaus nicht regelmäßig bei der progressiven Sklerodermie vorhanden sind, müßte man nicht eher an eine übergeordnete Störung denken, die zur progressiven Sklerodermie und bei manchen Kranken, die etwa eine Organminderwertigkeit oder vorangegangene Schädigung eines Organs aufweisen, gleichzeitig zu Störungen der inneren Sekretion und so auch zu Menstruationsstörungen führen kann? So kommt Gottron zu folgender Auffassung: Das Vorkommen innersekretorischer Störungen bei progressiver Sklerodermie oder zumindest bei einem Teil derartiger Krankheitsfälle ist nicht zu bezweifeln; abzulehnen ist aber, daß innersekretorische Störungen die progressiver Sklerodermie bewirken, abzulehnen dürfte darüberhinaus auch sein, daß das Geschehen in den Drüsen mit innerer Sekretion den Anstoß zur Entwickelung einer progressiven Sklerodermie gibt. Die Hautveränderungen bei progressiver Sklerodermie können in Beziehung zu zentral-nervösen Störungen gebracht werden und es liegt nahe, sie als durch diese bewirkt anzusprechen. Dasselbe Geschehen an den in Frage kommenden Zentren kann sich gleichfalls an innersekretorischen Drüsen auswirken.

Auf diesen pathogenetischen Vorstellungen aufbauend, wurde von Gottron bei progressiver Sklerodermie die Bestrahlung des Grenzstranges des Sympaticus durchgeführt, und zwar mit therapeutisch sehr befriedigenden Ergebnissen.

Handelte es sich bisher um Hautkrankheiten, bei denen zwar Menstruationsstörungen häufig beobachtet wurden, jedoch durchaus nicht zum Krankheitsbild als solchem gehörten, so haben wir es bei der Dermatitis symm. dysm. mit einem Hautleiden zu tun, das, wie schon der Name sagt, stets mit Dysmenorrhoe einhergeht. Im folgenden ein Bericht über einen Fall von Dermatitis symm. dysm. von Halter am 6. 2. 1937 in der Schles. Dermat. Ges. mitgeteilt:

> Das im Februar 1937 15jährige Mädchen E. P. stand seit Juni 1936 fast ununterbrochen in der Beobachtung der Breslauer Universitäts-Hautklinik.
>
> Menses erstmalig mit 13 Jahren, zunächst annähernd regelmäßig, vierwöchentlich, seit März 1936 nur noch sehr schwach. Seitdem das Mädchen in der Klinik in Beobachtung steht, ist die Periode nur sehr selten, d. h. in etwa 8—9-wöchentlichen Abständen aufgetreten. Blutung dabei nur

gering, Menstruationsdauer 1—2 Tage. Mitte März 1936 wurde wegen eines Tonsillarabszesses eine Inzision vorgenommen. Etwa 2—3 Wochen später traten erstmalig die jetzt noch bestehenden Schleimhautveränderungen auf. Bei der Aufnahme in die Klinik boten sich folgende Veränderungen dar:

Der weiche Gaumen und die vorderen Gaumenbögen waren in symmetrischer Anordnung Sitz mehrerer gut linsengroßer, scharf begrenzter Erosionen, deren Grund mit einem dünnen, gelblichen, festhaftenden Belag bedeckt war. Diese Erosionen waren von einem etwa 2 mm breiten dunkelroten Hof umgeben. Eine gleichgestaltete Erosion fand sich in der rechten oberen Umschlagsfalte der Wangenschleimhaut. Zur Abheilung benötigten die Erosionen mehrere Wochen, wobei die Abheilung in der Regel ohne Hinterlassung von Folgezuständen erfolgte. Nur hier und da verblieben zarteste Atrophien.

Der weitere Verlauf der Erkrankung ist gekennzeichnet durch das immerwährende Rezidivieren der beschriebenen Veränderungen. Dabei bot sich der Entwickelungsgang der Krankheitsveränderungen in folgender Weise dar: Zunächst ist nur ein mehr oder minder scharf begrenztes Erythem sichtbar, in dessen Bereich die Oberhaut stärker durchfeuchtet wird. Aus den ödematösen Erythemen entwickeln sich die oben beschriebenen Erosionen, die mit gelblichen Belägen bedeckt und von einem lebhaft roten Hof umgeben sind. Gelegentlich treten Punktblutungen oder auch ausgedehntere Hämorrhagien im Bereich dieser Erosionen auf, die den Belägen einen braunroten Farbton verleihen. Bemerkenswert ist die Symmetrie der Erscheinungen, wobei vor allem der weiche Gaumen und die angrenzenden Teile des harten Gaumens, ferner die vorderen Gaumenbögen, die Tonsillen, die Wangenschleimhaut, insbesondere die oberen und unteren Umschlagsfalten, sowie die Schleimhautseite der Lippen befallen sind. Von Zeit zu Zeit treten die gleichen Erscheinungen auch im Bereich des Ober- und Unterlippenrots auf, wobei hier die Auflagerungen mehr krustösen Charakter annehmen. Im Bereich des Lippenrots wurde gelegentlich nach dem als erste Erscheinung wahrnehmbaren ödematösen Erythem eine blasige Abhebung der Oberhaut beobachtet, die dann von einer gelblich belegten Erosion gefolgt wurde.

Zu diesen Schleimhautveränderungen gesellten sich im Laufe der Beobachtungszeit immer wieder einmal auch Ver-

änderungen im Bereich der Hautdecke. Zunächst traten Erscheinungen einer Urticaria papulosa an den Ober- und Unterarmen sowie Unterschenkeln auf, die sich nach einer mehrwöchentlichen Bestandsdauer wieder zurückbildeten, um jedoch gelegentlich zu rezidivieren. Weiterhin kam es in symmetrischer Anordnung an den Handrücken und Fingerstreckseiten, insbesondere über den Metacarpophalangeal- und Interphalangealgelenken immer wieder zum spontanen Auftreten reiskorn- bis linsengroßer, prall gespannter Blasen, aus denen nach mehrtägiger Bestandsdauer nach Platzen der Blasendecke Erosionen entstanden, die ziemlich rasch wieder zur Abheilung kamen unter Hinterlassung von bläulich-roten Flecken. Juckreiz bestand nicht.

Wa R ∅ Das Blutbild zeigt keine bemerkenswerten Abweichungen. Blutdruck bei wiederholter Kontrolle zwischen 115 und 125 mm Hg. schwankend. Temperatursteigerungen wurden nicht beobachtet. Durch die Mundschleimhautveränderungen wurden Beschwerden beim Essen hervorgerufen. Bemerkenswert ist, daß die Kranke häufig über Kältegefühl in Händen und Füßen, gelegentlich über Schwindelanfälle klagte, was vielleicht auf das Vorliegen einer Gefäßneurose hindeutet. Im übrigen war der neurologische Befund normal. Die gynäkologische Untersuchung ergab einen normalen Genitalbefund.

Dazu führte H a l t e r folgendes aus: Die Einordnung des eben beschriebenen Krankheitsbildes machte zunächst Schwierigkeiten. Die Schleimhautveränderungen einfach als Stomatitis aphtosa zu deuten, ist bei der Eigentümlichkeit des Erscheinungsbildes nicht angängig. Vorübergehend wurde, insbesondere bei Berücksichtigung der Blasenbildung an den Händen, an die Möglichkeit von Artefakten gedacht. Die genaue Beobachtung der Kranken, sowie die Unmöglichkeit auf traumatischem Wege, etwa durch Klopfen oder Reiben ähnliche Erscheinungen an der Haut zu provozieren war Anlaß, diesen Gedanken wieder aufzugeben.

Wegweisend für die Diagnose wurde schließlich die Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit: Es wurde eingangs erwähnt, daß es sich um ein Mädchen mit hochgradigen Menstruationsstörungen handelt. Gleichzeitig finden sich bei ihr vasomotorische Störungen. Zieht man diese Tatsachen in den Kreis der Betrachtung, so erscheint bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Erscheinungsbildes an Haut und Schleimhäuten, insbesondere bei Berücksichtigung der ausgesprochenen Symmetrie der Veränderungen, die Diagnose

einer Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica wohl als berechtigt.

Dieses Krankheitsbild wurde zum erstenmal von Matzenauer und Polland in seiner Eigentümlichkeit erfaßt und als eine bei dysmenorrhoischen Frauen vorkommende Allgemeinerkrankung gedeutet, die nach Ansicht der genannten Autoren durch toxische Stoffwechselprodukte infolge Funktionsausfall des Follikelapparates der Keimdrüsen bedingt ist. Dabei betonen Matzenauer und Polland daß ein gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen Ausbleiben der Menses und Auftreten der Hauterscheinungen, etwa in dem Sinne, daß letztere dann verstärkt auftreten, wenn die Menses ausbleiben, nicht festzustellen ist. Auch in unserem Falle konnte eine solche Gesetzmäßigkeit nicht beobachtet werden.

Entgegen der von Matzenauer u. Polland vertretenen Auffassung einer haematogen-toxischen Bedingtheit des Krankheitsbildes steht Kreibich auf dem Standpunkt, daß die Dermatitis symm. dysm. in die Gruppe der neurotischen Gangrän einzureihen ist. Frieboes endlich versucht die Gegensätze der Meinungen zu überbrücken, indem er darauf hinweist, daß auch der Zustand der Angioneurose durch irgend etwas bedingt sein muß, wobei vielleicht Stoffe der inneren Sekretion eine Rolle spielen.

Berücksichtigt man die neurotische Komponente, so wäre ja das gleichzeitige Vorhandensein von Hauterscheinungen und Menstruationsstörungen als ein paralleles, nicht aber als ein voneinander unabhängiges Geschehen aufzufassen. Es ist um so naheliegender auch bei diesem Krankheitsbild auf eine derartige Genese hinzuweisen, als wir mit fortschreitender Erkenntnis immer häufiger genötigt sind, Zurückhaltung zu wahren in der Annahme der Bedingtheit von Störungen an der Haut durch innersekretorische Störungen (Mayr, Gottron). Für diese Stellungnahme sprechen auch die Beobachtungen, die wir bei unserem therapeutischen Vorgehen machen konnten.

Entsprechend der ätiologischen Bedeutung die von Matzenauer u. Polland dem Funktionsausfall des Follikelapparates der Keimdrüsen bei dem vorliegenden Krankheitsbild zugesprochen wird, versuchten wir eine therapeutische Beeinflussung durch Darreichung von Keimdrüsen-Hormonpräparaten. Es wurde zunächst ein Versuch mit längerer Darreichung von Ovarial-Panhormon, später mit dem Corpus luteum-Präparat Agomensin gemacht. Ein durchgreifender Erfolg dieser Therapie ist jedoch bisher

weder bezüglich des Regelmäßigwerdens der Menses noch bezüglich des endgültigen Verschwindens der Haut- und Schleimhautveränderungen erreicht worden.

Zu den Ausführungen von Halter, der darin die verschiedene Auffassung der einzelnen Autoren über die Ätiologie der Dermatitis symm. dysm. eingehend bespricht, möchte ich nur noch einmal betonen, daß man auch bei dieser Erkrankung zu neuen und die weitere Forschung befruchtenden Gedankengängen kommt, wenn man Menstruationsstörungen und Hauterscheinungen bei der Dermatitis symm. dysm. als ein paralleles und nicht voneinander abhängiges Geschehen auffaßt, wie es Halter in vorliegendem Falle getan hat. Kennen wir doch Menstruationsstörungen bei den verschiedensten Allgemeinerkrankungen, bei denen das Hautleiden im Vordergrund steht. (Wiener.) Ja, es gibt sogar Unregelmäßigkeiten in der Periode, die unter Umständen zur Diagnose eines Allgemeinleidens führen können, wie dies Kreis für die congenitale Syphilis nachweist. An Hand von 8 Krankengeschichten beschreibt Kreis einen puberalen Menstruationstyp, der um das 14. bis 16. Lebensjahr mit starken anhaltenden Blutungen beginnt und bei dem man, wenn gynäkologisch nichts zu eruieren ist, stets an das Bestehen einer congenitalen Syphilis denken muß. Die Störungen waren bei sämtlichen Fällen luetisch bedingt und wurden durch antisyphilitische Therapie geheilt.

Zu einer weiteren großen Gruppe von Hauterkrankungen gehören jene Hautleiden, die bei sonst ungestörter oder auch bei unregelmäßiger Monatsblutung, es gibt hier fließende Übergänge, nur zur Zeit der Menses auftreten oder sich jeweils verschlimmern. Eine der häufigsten Krankheiten dieser Gruppe ist die Acne vulgaris juvenilis in Form der sogenannten Menstruationsacne. Acne wird bei normaler und bei gestörter Menstruation gesehen (Pulvermacher). Hierzu drei Beispiele:

I. 13 jähr. Pat. M. G.

Menarche mit 12 Jahren. Menses regelmäßig, aber von 8 tägiger Dauer. Seit der Menarche leidet die Pat. an Acne.

Befund: Papeln, Pusteln und Komedonen im Gesicht und am Rücken.

II. 22 jähr. Pat. E. U.

Menses regelmäßig. Seit 5 Jahren bestehende Acne, die sich bei der Periode jedesmal verschlimmert.

Befund: an Stirn, Nase und Kinn einzelne Komedonen, Acneefflorescenzen und Knötchen.

III. 24 jähr. Pat. I. D.

Menses unregelmäßig, alle 5—6 Wochen. Keine Obstipation. Seit längerer Zeit bestehende Acne.

Befund: Papeln, Pusteln und Komedonen, besonders an Brust, Rücken und Kinn, sowie beiden unteren Wangenpartien.

Alle drei Acnekranken stehen in jugendlichem Alter. Ist ja die Acne, wie schon der Zusatz juvenilis sagt, besonders häufig in der Jugend. Ganz leicht Acneerkrankungen zur Zeit der Pubertät sind fast physiologisch (B l o c h). Die Acne juvenilis ist das häufigste Hautleiden der Pubertät (F e l l n e r). Nach der Menopause gibt es praktisch kein Vorkommen der Acne vulgaris mehr (S c h a m b e r g). Schon U n n a hat 1894 auf die in manchen Fällen charakteristische Koinzidenz der Acne mit der Menstruation hingewiesen. So finden wir auch bei einer unserer Pat. regelmäßige Verschlimmerung z. Zt. der Periode, bei einer anderen gleichzeitig Acne und Menstruationsstörungen. U r b a c h und S c h i l l e r unterscheiden in ihrer Abhandlung über das Acneproblem unter den verschieden bedingten Acnearten auch eine Acne sexualis und stellen fest, daß es häufig erst beim Zusammenwirken mehrerer Ursachen zur Entstehung von Acne kommt. Bei Verschlechterung der Acne zur Zeit der Menstruation glauben sie bei genauer Anamnese 3 Arten unterscheiden zu können: Acne mit Verschlechterung praemenstruell, intramenstruell und postmenstruell. Die ätiologische Rolle der Sekretion der Keimdrüsen ist nach S c h a m b e r g bei der Menstruationsacne unverkennbar; und zwar sollen die Hormone der Ovarien und die Hormone der von ihnen beeinflußten Drüsen einen Reiz auf die Talgdrüsen ausüben. Nach den neuesten Forschungen (Y a p) nimmt man als Ursache der Acne vulgaris ebenfalls veränderte Wirkung endokriner Drüsen an. Nach Y a p spielen Mikroorganismen keine Rolle beim Zustandekommen der Acne. Follikuläre Hyperkeratosen ähnlich wie bei der Acne finden wir nur noch bei Skorbut und A-Avitaminose zusammen mit Acne ähnlichen Papeln oder auch ohne solche. Andere Forscher prüften die Hormonausscheidung bei weiblichen Acnekranken (B o h n s t e d t) ohne jedoch schon zu einem beweisenden Ergebnis zu kommen. R a m e l und S o r b a fanden bei einem Fall von Acne eine normale Kurve mit der normalen Hyperfollikulinurie am 11. bis 13. Tage des Intermenstrums.

Die häufigste Menstruationsdermatose ist der menstruelle Herpes. Der Lokalisation nach unterscheidet man dabei genitalen und extragenitalen Herpes, wobei wieder der faciale

Herpes am häufigsten ist. Der recidivierende Herpes tritt bei Frauen in ¾ der Fälle überhaupt menstruell auf (Wiener). Wir finden ihn vor, während, und nach der Periode auftretend (Schönfeld). Auch hierfür möchte ich nur ganz kurz 4 Krankheitsfälle, die im vergangenen Jahr in unserer Poliklinik beobachtet wurden, anführen:

I. 18 jähr. Schülerin E. K.

Menses regelmäßig. Die Pat. gibt an, mehrfach zu Beginn der Periode ähnliche Erscheinungen wie zur Zeit gehabt zu haben.

Befund: An der linken Kinnseite gruppiert stehende Bläschen auf geröteter Basis, deren Aufschießen brennende Schmerzen vorangegangen sein sollen.

II. 20 jähr. Frau E. J.

Menses regelmäßig. Z. Zt. gerade Menses.

Befund: An beiden Handrücken chron. Ekzem. Am Naseneingang gruppierte Bläschen, die die Kranke häufig bei den Menses bekommt.

III. Pat. M. P.

Menses regelmäßig. Ausschlag menstruell recidivierend.

Befund: Herpes simplex der Nase.

IV. 23 jähr. Pat. E.G.

Menses regelmäßig. Z. Zt. post Menses.

Befund: Am linken kl. Labium eine linsengroße Epithelerosion. Je eine tiefere Erosion bdsts. lateral vom Inguinalsaum.

Spiroch. pallid. ∅.

Ducrey ∅.

Der Herpes simplex ist eine Infektionskrankheit. Als Erreger wurde ein bestimmtes Virus, das auf die Kaninchenhornhaut übertragbar ist, festgestellt. Infektionskrankheiten der Haut zeigen in ihrem Auftreten und Verlaufe Mitbedingtheit durch innersekretorische Drüsen (Pulvermacher). Die Tatsache und Beobachtung, daß der Herpes oft zur Zeit der höchsten Entwicklung des Corpus luteum, einige Tage vor der Menstruation auftritt, ließ Rinsema an eine besondere Bedeutung des Corpus luteum für das Zustandekommen des Herpes denken. Lipschütz glaubte, daß die Herpeskeime auf der Haut liegenbleiben und die Menstruation ihre Mutation zu virulenten Erregern veranlaßt. Die Annahme, daß die Infektionserreger in ihrer Virulenzschwankung für die Periodizität das Entscheidende sind, ist jedoch nicht wahrscheinlich, entscheidend ist wohl die hormonal mitbedingte periodische Ver-

änderung des Terrains (Pulvermacher). Sezary, Bureau und Horowitz nehmen ebenfalls an, daß in vielen Fällen von Hautausschlägen zur Zeit der Menstruation, so auch bei Herpes die Erklärung für das Zustandekommen in der geringeren Widerstandskraft des Organismus zu dieser Zeit zu suchen sein kann. Ähnliche Fragen tauchen bei dem recidivierenden Erysipel auf. Häufige Erysipelrückfälle zur Zeit der regelmäßigen Menstruation sowie bei Dys- oder Amenorrhöe werden bei Wiener angegeben. So hatten wir in unserer Klinik Gelegenheit, einen Fall von menstruell recidivierenden Staphylococcenerysipel zu beobachten:

Die 39 jähr. Frau kam am 26. 12. 37 mit folgender Anamnese in die Hautklinik:

Menarche mit 12 Jahren. Periode seither unregelmäßig, alle 4—6 Wochen 4—5 Tage, mit wechselnden Beschwerden. In den letzten Monaten regelmäßig alle 5 Wochen. Seit 15 Jahren verheiratet, 2 normale Geburten.

Die Krankheitserscheinungen sind jetzt das 2. Mal aufgetreten; wieder 10 Tage vor der Periode, vorausgegangen sind Schweißdrüsenabszesse in der Achselhöhle des gleichen Armes.

Befund: Der Hauptkrankheitsherd findet sich an der Streckseite des rechten Unterarmes in Form eines etwa 5-Markstück großen in der Mitte weinroten, am Rande blauroten und ödematösen Herdes, der unregelmäßig begrenzt und etwas erhaben über die Umgebung ist. Außerdem befinden sich mehrere ähnliche aber kleinere Herde von flammend zackiger Begrenzung, urticariaartig, teilweise mehr länglich streifenförmig an Ober- und Unterarm. Daneben sind lymphangitische Stränge besonders am Oberarm deutlich tastbar. In der rechten Achselhöhle Reste von Schweißdrüsenabszessen in Form von Pigmentierungen.

Eine zusammenfassende Abhandlung „Über das sogenannte Staphylococcenerysipel" von Freund und Friedrich berichtet allerdings meist über schwere, Sepsis ähnliche Erkrankungen mit häufig letalem Ausgang. Erwähnt wird jedoch auch ein Fall, der von Lülsdorf beschrieben wurde, und bei dem es sich ähnlich wie bei unserer Kranken um ein Erysipel des Ober- und Unterarmes handelte, bei dem bakteriell Staphylococcen nachgewiesen wurden und der unter konservativer Behandlung heilte. Während die in der Literatur angegebenen Fälle keine Abhängigkeit vom mensuellen Zyklus zeigten, ist in unserem Falle das wiederholte Auftreten in regelmäßiger Abhängigkeit vom mensuellen Zyklus besonders bemerkenswert,

sowie die Angabe, daß das Erysipel im Anschluß an Schweißdrüsenabszesse entstanden sei. Lassen sich doch öfter Zusammenhänge zwischen apokrinen Drüsen und Menstruationszyklus in gesunden und kranken Tagen feststellen (K o c h). Unter anderem berichtet K o c h über drei Kranke, die an recidivierenden Schweißdrüsenabszessen in Abhängigkeit vom Menstruationszyklus litten.

Als weiteres Leiden, dessen Auftreten in Abhängigkeit von der Menstruation gelegentlich beobachtet wurde, ist das Erythema exsud. multif. anzuführen. Schon lange ist es bekannt, daß ein periodisches Auftreten von Erythema exsudat. multif. vor, während und nach der regelmäßigen menstruellen Blutung vorkommt. So beschreibt K l e i n bei einem 14 jähr. Mädchen ein im Aussehen typischen Erythema exsudat. multif., das zuerst im Alter von 8 Jahren aufgetreten sein soll. Seit Eintritt der Menstruation schwerere Affektionen; während der Periode sind die Veränderungen ausgesprochener. T a n a k a berichtet über ein 12 jähr. Mädchen, bei dem stets 2 Tage vor der Regel ein dem Erythema exsud. multif. ähnliches Exanthem in Gesicht, auf Vorderarmen und Unterschenkeln auftrat, um am Ende der Menses wieder abzuklingen. Gleich den vorerwähnten, dem Schrifttum entnommenen Beobachtungen war ein Krankheitsfall, der in vergangenem Jahr in der Klinik behandelt wurde, gelagert.

Patientin R. E. gab folgendes an:

Menarche mit 13 Jahren, Menses regelmäßig. Zur Zeit Menses. In der Familie keine ähnlichen Erkrankungen bekannt. Patientin selbst erkrankte immer wieder mit Blasen, besonders an Armen und Händen. Sie bekam den ersten Blasenschub im Frühjahr 1935 mit gleichzeitiger Menses. Dann im Herbst 1935, im Frühjahr 36, immer zusammen mit den Menses. Diesmal traten die Blasen im Praemenstrum (8 Tage vorher) auf. Allgemeines Wohlbefinden. Stuhlgang o. B. Bei früheren Schüben auch Blasen bzw. Wundsein im Munde, besonders an den Lippen und an der Zungenspitze, ausgehend von der Unterlippe. Auch die Kniee waren früher befallen.

Befund: Gut entwickelte, für ihr Alter jedoch sehr jung aussehende Kranke. Es finden sich im ganzen ca. 10 Blasen, teils stehend, teils zerrissen, an beiden Händen, vor allem dorsal in Gegend der Finger und Fingergrundgelenke, einzelne auch in beiden Ellenbeugen. Die stehenden Blasen sind im Umfang etwa zehnpfennigstückgroß und ungefähr 2—3 mm erhaben, die kleinste ist hirsegroß. Die Blasen sind ein-

kammerig. An beiden Fersen zerrissene Blasen, angeblich nach Tragen von neuen Schuhen. An beiden Armen, links stärker als rechts, finden sich pigmentierte bräunliche, kreisrunde, münzengroße Restflecke.
RR 115/75.

Diese Krankheit ist ätiologisch nicht einheitlich bedingt. Am häufigsten ist die idiopathische Krankheitsform, die zu den rheumatoiden Erkrankungen gerechnet wird und mit der wir es in unserem Falle wohl auch zu tun haben. Auffällig bleibt jedenfalls bei diesem Krankheitsfall das jedesmalige Auftreten zur Zeit der Menstruation.

Bemerkenswert ist die im folgenden aufgeführte Krankenbeobachtung. Es handelt sich dabei um einen Lichen ruber, der immer wieder zu Zeiten der Menstruation eine pemphigoide Note annahm.

Bei der Pat. K. H. war folgende Anamnese zu erheben:

Menses regelmäßig. 2 Bauchhöhlenschwangerschaften, letzte vor 3 Jahren. Seitdem bestehen die Erscheinungen und zwar im besonderen vor Beginn der Menses, beginnend mit Blasenbildung. Die Blasen trocknen später ein. Seit einem halben Jahr Verschlimmerung der Erscheinungen.

Befund: Sitz der Veränderungen sind die Streckseiten der Unterschenkel. Es handelt sich primär um etwa linsengroße, dünnwandige Blasen von lividroter Farbe, teilweise auch bohnengroß. Sie sind schlaff, mit wässerigem Sekret gefüllt. Bei Abheilung bleiben polycyclisch begrenzte, schieferblau bis lividrote Krankheitsherde zurück, in deren Bereich deutlich Wickham'sche Streifen sichtbar sind. Befallen sind links vor allem das untere Drittel der Unterschenkelstreckseite, wo teilweise größere nässende Erosionen oder flache Ulcerationen vorhanden sind. An der Stelle der Hautveränderungen ziemlich starker Juckreiz, besonders nachts. Mundhöhle frei. Genitale o. B.

Nebenbefund: In der Kreuzbeingegend, besonders nahe der Mittellinie, stecknadelkopf- bis reiskorngroße, teils rundliche, teils längliche, flach erhabene Knötchen.

Nach Pulvermacher sind die inkretorischen Beziehungen zum Lichen ruber planus nur gering. Bemerkenswerterweise ist aber der einzige Lichen ruber, den ich im Zusammenhang mit der Menstruation in der Literatur beschrieben fand, ebenfalls ein Lichen ruber pemphigoides. Er wurde von Tryb bei einer Kranken, die im beginnenden Klimakterium stand, beobachtet. Wie es Dölken für die generalisierten Keratodermien im allgemeinen betonte, muß man wohl auch

hier die Frage nach den letzten Ursachen, nach dem tatsächlich wirkenden Agens dieser Zusammenhänge zwischen Lichen ruber und Menstruation unbeantwortet lassen.

Die Urticaria menstrualis ist ein so bekanntes Krankheitsbild, daß heute Fälle kaum noch veröffentlicht werden, wenn sie nicht nach einer Richtung hin Besonderheiten bieten. Deshalb aus unserer Klinik nur 2 Fälle, die für hormonale Therapie besonders geeignet waren bzw. durch die therapeutische Anwendung von Hormonpräparaten geheilt wurden.

I. Die 35 jähr. Ehefrau G. L. kommt am 16. 7. 37 erstmalig wegen Urticaria in die Haut-Poliklinik. Menses regelmäßig.

Befund: Im Bereich der Kreuzbeingegend und der vorderen und seitlichen Rumpfanteile finden sich teils dichter teils lichter stehende, stecknadelkopf- bis kleinmünzengroße Effloreszenzen, in deren Bereich die Haut gerötet ist und eine urticarielle Note aufweist. Ganz vereinzelt tragen diese Effloreszenzen in ihrem Zentrum eine winzige Pustel. Übrige Körperhaut o. B.

Am 12. 8. 37 kommt die Pat. wieder in die Poliklinik, weil seit einigen Tagen erneut stark juckende Quaddeln aufgetreten sind.

Befund: Es finden sich jetzt Urticariaeffloreszenzen besonders an den Stellen, wo Druck und Schweiß einwirken (Gürtelgegend, Leistenbeugen).

Da die Pat. angibt, daß zur Zeit der Menses die Nesseln weniger stark auftreten, wird ein Versuch der Therapie mit Ovarial-Panhormon gemacht.

Pat. stellt sich am 7. 9. 37 wieder vor. Es wird ausgezeichnete Wirkung des Ovarial-Pan-Hormons festgestellt, die Pat. ist vollkommen frei von Urticaria.

II. Die 40 jähr. Pat. M. W. wird am 2. 3. 37 mit folgender Anamnese in die Hautklinik aufgenommen:

Vater der Pat. leidet an Asthma. Pat. selbst menstruierte erstmalig mit 13 Jahren. Früher Periode regelmäßig alle 4 Wochen. Seit 3—4 Jahren sind die Menses sehr unregelmäßig, Intervall bis zu 7 Wochen, dann nur 2 Tage. 1919 eine Fehlgeburt von 6 Wochen, und eine Fehlgeburt von 4 Monaten, angeblich wegen „schwachen Unterleibs". Nach der 2. Fehlgeburt Eierstocksvereiterung. Seit $^3/_4$ Jahren leidet die Patientin an starkem Hautjucken. Das Jucken bestand ursprünglich nur an Rücken und Brust, es ging allmählich auf den ganzen Körper über. Ausschlag war nie vorhanden. Trotz ärztl. Behandlung mit Kalktabletten und Mentholspiritus verstärkte sich das Jucken dauernd.

Befund: Allgemeinbefund o. B. RR 130/60.

Am Rumpf und an den Extremitäten sind zahlreiche Kratzeffekte verteilt und zwar: strichförmig besonders über dem rechten Schulterblatt und an beiden Glutäalgegenden. Auffallend sind zahlreiche Kratzeffekte und stecknadelkopfgroße Knötchen gruppenförmig angeordnet auf gerötetem Grund oberhalb des Mons pubis. Die rechte Leistenbeuge ist Sitz geringerer Erosionen. Am Rumpf finden wir noch Kratzeffekte über dem Brustbein und an der linken Mamma. An den oberen Extremitäten sind vor allem die Streckseiten durch Kratzen gerötet. An den unteren Extremitäten ist die Haut von bläulich-roter Farbe, sie ist glänzend, die Follikel sind erweitert. Nur an einzelnen Bezirken unterhalb des Knies und dorsal über dem Fußgelenk ist die Haut rauh und schuppig. Man hat den Eindruck, daß taches bleues-artige Flecke über dem Abdomen und dem oberen Anteil der Oberschenkel verstreut sind.

Oxyuren ∅ Urin o. B. WaR ∅ Blutzucker 0,088%
Magensaft 18/34, Blutbild o. B.
Galaktosebelastung ∅ Hautreizproben und Haxthausen ∅ 6. 3. 37.

An der Nackenhaargrenze Jucken und urticarielle Schwellung.

8. 3. Es wurden täglich tagsüber Quaddeln festgestellt. Starkes Jucken.

Am 18. 3. Untersuchung in der Frauenklinik: In der linken Adnexgegend narbige Residuen einer alten Adnexitis, sonst Genitale o. B.

Wegen der Oligomenorrhoe wird mit Ovarialhormontherapie begonnen. Die Pat. wird dann am 20. 3. 37 zu ihrem Hausarzt in ambulante Behandlung entlassen.

Beide Krankheitsbilder gehören in die Gruppe von juckenden Hauterkrankungen wie Pruritus menstrualis, Urticaria menstrualis u. a. bei der wir bei einem Teil der Fälle Zeichen einer ovariellen Hypofunktion finden und die durch Verabreichung von Eierstockpräparaten geheilt werden können (R o t h m a n n). Es gibt allerdings auch eine Gruppe von menstrueller Urticaria, bei der keine anatomischen und funktionellen Anomalien der Ovarien festzustellen sind. Untersuchungen von G e b e r zeigten in eindrucksvoller Weise, daß zur Zeit der Menses bei manchen Frauen Stoffe im Blut kreisen, die bei dazu disponierten eine Urticaria hervorrufen. Diese Tatsache

wurde später von Lichter und anderen bestätigt, Therapeutisch versuchte man durch Eigenblutbehandlung eine Art Desensibilisierung und damit Heilung zu erzielen (Konrad). Einen Fall von menstrueller Urticaria hämorrhagica mit besonderer Beachtung des Blutbildes beschreiben Weitgasser u. Cafasso. Das Blutbild zeigte dabei außer einer vorübergehend feststellbaren Eosinophilie keine Besonderheiten.

Oswald weist den Ovarien und der Schilddrüse beim Zustandekommen von Urticaria nur bodenbereitende Einflüsse zu und betont besonders, daß es auch eine psychogene Urticaria gibt; beide Komponenten entfalten ihre Wirkung über das vegetative Nervensystem, das nachgewiesenermaßen an der Quaddelbildung beteiligt ist.

Auch am Zustandekommen des Quincke'schen Ödems ist das vegetative Nervensystem beteiligt. Quincke'sches Ödem in Beziehungen zur Menstruation ist schon lange bekannt und Quincke selbst beschreibt menstruelle Anfälle von Ödem, dabei zweimal praemenstruelle Ödeme.

Wir konnten am 7. 8. 36 in der Poliklinik bei einer 26jähr. Pat. einen Fall von Quincke'schem Ödem beider Augenlider beobachten, das praemenstruell aufgetreten war. Anamnestisch und durch Untersuchung konnte keine besondere Ursache der Ödeme festgestellt werden. Urin: o. B. Menses regelmäßig.

Im folgenden möchte ich über einen Fall von Menstruationsödem berichten, der differentialdiagnostisch von der Elephantiasis abzugrenzen ist und in die Gruppe des Trophoedema Meige hineingehört (Wirz):

Die 31 jähr. Hausangestellte A. L. suchte am 5. 1. 37 die Klinik wegen eines cyanot. Ödems des rechten Beines auf. Vorgeschichte:

Als Kind Masern, Scharlach. Mit 7 und 11 Jahren Lungenbluten. In einer Heilstätte zur Beobachtung gewesen.

Menarche mit 17 Jahren. Menses zuerst regelmäßig alle 3 Wochen 3—4 Tage dauernd. Mit 22 Jahren (1928) ½ Jahr Ausbleiben der Menses. Nach einer Hormonkur (Ovarialhormon) in der Frauenklinik Insterburg wurden die Menses im Herbst 28 wieder regelmäßig. Februar bis Sommer 1935 Menses 14 tägig, damals waren beide Hände geschwollen. Im August 35 Anschwellung des rechten Beines, seit dieser Zeit Menses seltener und unregelmäßig. Mit 25 Jahren eine Alexander-Adam'sche Operation durchgemacht. Vor 5 Jahren in der Charité wegen Ausfluß beobachtet worden.

Vor 3 Jahren Nieren- und Rippenfellentzündung, im gleichen Jahr Ruhr durchgemacht. März 1934, im Anschluß an die Rippenfellentzündung „Nervenentzündung" der linken Hand (3. u. 4. Finger) mit Bewegungsunmöglichkeit und tauben Gefühl in den erkrankten Fingern. Nach Elektrisieren Besserung der Beweglichkeit. Das taube Gefühl ist bis jetzt noch nicht ganz aus den Fingerspitzen geschwunden. Mit 25 Jahren Unfall. Von der Leiter gerutscht. Darnach in einer Privatklinik in Berlin-Wilmersdorf behandelt worden.

Pat. klagt jetzt über ein zeitweises Anschwellen des rechten Beines. In der Familie und der weiteren Verwandtschaft ist eine ähnliche Schwellung einer Extremität nicht bekannt. Der Beginn der Schwellung war ohne Schmerzen, auch fiel der Patientin keine Rötung an der Haut auf. Beim Beugen des Knies soll jetzt gelegentlich ein plötzlicher krampfartiger Schmerz in der rechten Wade auftreten, der bis in die Hüfte hinaufzieht und sich nach einigen Minuten wieder verliert.

Befund: Patientin in ausreichendem E. Z. und K. Z.
Augen: Pupillen reagieren prompt auf L. u. C.
Mundhöhle: Rachen gerötet, auf der rechten Tonsille kleine Eiterpfröpfe. Auf der rechten Wangenschleimhaut vereinzelt stecknadelspitzgroße heterotopische Talgdrüsen.
Cor.: o. B. Lungen: o. B. Leib: o. B.
Reflexe: P. S. R. rechts schwer auslösbar
A. S. R. beiderseits +
Babinski ∅
Drüsen: keine nennenswerten Drüsenschwellungen.
RR: 150/100 (am 8. 1. 37 RR 135/90).

Hautbefund: Der behaarte Kopf weist mäßige Schuppenbildung auf. Etwas unterhalb der Nasolabialfalten ziehen bis zur Oberlippe senkrechte, seichte 1—2 mm lange Furchen. An den Mundwinkeln finden sich vereinzelt 2 mm lange bis zum Lippenrot senkrecht ziehende Furchen. Furchen ziehen bodenförmig um die Mundwinkel herum, von den Nasolabialfalten bis in die Mitte des Kinns.

Die Unterschenkel sind in ihrem distalen Anteil, besonders an den Knöcheln geschwollen. Über den Fersen und den Außenseiten der kleinen Zehen Schwielenbildung und Blasenbildung. Geringe Keratosis pilaris im Bereich der Streckseiten der oberen Extremitäten. Geringe Acrocyamose im Bereich der Hände.

Differenz der Beine an verschiedenen Stellen. Rechtes Bein cylinderförmig geschwollen nach Art einer Elephantiasis. (Ödema Meige?)

Beinmasse:	re	li
Patellarhöhe	37,5	36,5
Wadenumfang	37,5	34,5
Knöchelgegend	29,0	28,5

Länge der Beine (spin. iliaca ant. sup. bis zum inneren Knöchel):

re	li
94,5	94,5

Klinisch handelt es sich insofern nicht eigentlich um ein Ödem im Bereich des rechten Beines, als Dellenbildungen bei Druck nicht vorhanden sind. Eine Konsistenzvermehrung des Gewebes ist gegenüber dem gesunden Bein ebenfalls nicht feststellbar. Die Haut am rechten Bein ist glatt und gegenüber der anderen Seite etwas glänzend. In der unteren Hälfte der Unterschenkelstreckseite in geringerem Grade cyanotisch. Gelenkbeweglichkeit in allen Gelenken frei. Kein Knirschen, keine Schmerzen. Der Ischiadicus ist nicht druckempfindlich. Die rechte Glutealhälfte nimmt an der Schwellung der Extremität nicht teil. Ebenso ist der rechte Fuß an dem Ödem in geringerem Maße beteiligt. Allerdings findet sich am Fußrücken ein leichtes Ödem. Nach Druck bleibt hier eine Dellenbildung zurück.

Drüsen: keine Iliacaldrüsen. Beiderseits knapp bohnegroße Leistendrüsen. Auf der rechten Beckenschaufel rechts und links nichts zu fühlen. In der rechten Achselhöhle knapp mandelgroße Drüsen, links keine Drüsen.

Luetin ∅ Blut: WaR ∅ Mk ∅ K +/—
(12. 1. 37) ∅ ∅ ∅
Freysche Reaktion ∅

Am 16. 1. wird folgendes festgestellt: Die Haut des rechten Unterschenkels unterscheidet sich gegenüber der des linken und der gesunden Haut nur durch eine geringe Verdickung. Sie ist faltbar. Die Farbe ist während der Bettruhe nur gering bläulich-bräunlich, die Schwellung des Beines ist zurückgegangen. Die Pat. hat seit dem 15. 1. ihre Menses.

Bemerkenswert ist aber weniger das Abschwellen nach den Menses, als das besonders starke Anschwellen vor den Menses, weswegen die Pat. die Klinik aufsuchte.

Zur weiteren Klärung der Diagnose wurde die Pat. auch in der Nervenklinik untersucht, die folgenden Befund erhob: Die eigenartig derbe Haut, die fast myxoedematös erscheint,

fällt besonders auf. Sonst neurologisch ein regelrechter Befund. Kein Chvostek, keine sonstigen tetanischen Zeichen. Das Ödem wird nach der Anamnese ebenfalls als trophisch bedingt angesehen.

Die Untersuchung in der Medizinischen Klinik ergibt folgendes: Hb. 63%. Innere Organe völlig o. B. Insbesondere ist am Kreislauf nichts krankhaftes festzustellen. RR 120/70. Die Ödeme sind mit Sicherheit nicht cardial bedingt.

Vom 19. 1.—25. 1. wird in der Nervenklinik eine Stoffwechseluntersuchung durchgeführt mit folgendem Befund: Grundumsatz 8,8% Steigerung. Spez. dynam. Eiweißwirkung 19,7% Steigerung, also beides keine pathol. Werte. Auch die Bestimmung des Kalkspiegels nach Belastung ergab normale Werte.

Eine Röntgenaufnahme des Schädels ergab keinen Anhalt für einen Hypophysenprozeß. In psychischer Hinsicht fiel die Pat. in der Nervenklinik durch ihr autistisches Wesen auf, und wurde für schwer neuropathisch gehalten.

Die Untersuchung in der Frauenklinik ergab außer einem etwas straffen linken Parametrium normalen Genitalbefund.

Bei der Entlassung aus der Hautklinik am 28. 1. 37 ist das rechte Bein gegenüber dem linken immer noch ödematös geschwollen und von livider Farbe.

Beinmasse:	re	li
Patellarhöhe	38,0	36,5
Wadenumfang	37,0	36,0
Knöchelgegend	28,0	27,5

Zusammenfassend müssen wir sagen, daß es sich in oben beschriebenem Falle um eine Patientin handelt, die an einem auch durch eingehende Untersuchung ätiologisch ungeklärten chron. Ödem des rechten Beines litt, das unter unserer Beobachtung einmal praemenstruell besonders starke Schwellung zeigte, um nach der Menstruation deutlich abzuschwellen. Gleichzeitig litt die Patientin an seltener und unregelmäßiger Menstruation und es fanden sich bei ihr verschiedene Hinweise auf eine Minderwertigkeit des Nervensystems. Daß endokrine Einflüsse auch bei diesem Krankheitsbild ätiologisch mitbestimmend sind, läßt sich bei den wenigen bisher bekannten einschlägigen Fällen nur vermuten. Ebensogut könnte es sich hier auch um eine übergeordnete Störung im Nervensystem handeln. Eingehende Literatur über ähnliche Erkrankungen finden wir im Handbuch der Dermatologie (Wirz). In neuester Zeit wurde von Atkinson ein Fall von Menstrualödem an den

Beinen beschrieben, der vielleicht in die Gruppe des Ödema Meige gehört.

Auch bei der häufigsten Hautkrankheit, dem Ekzem, wird man immer wieder einmal im gegebenen Fall veranlaßt, Beziehungen zur Menstruation zu erwägen. Stümpke charakterisiert das Ekzem als die am häufigsten vorkommende und praktisch bedeutungsvollste Hautkrankheit, die größtenteils auf dem Wege der Sensibilisierung zustande kommt und deren Abheilung durch Desensibilisierung erfolgt. Was wir aber zum größten Teil nicht wissen ist, warum in einem Fall die Sensibilisierung schnell erfolgt, im anderen langsam, im dritten überhaupt nicht. Und Stümpke glaubt, daß hier auch unter anderem die Forschung nach endokrinen Vorgängen geeignet sei, Lücken auszufüllen. In welchem engen Zusammenhang Menstruationszyklus und Ekzem stehen kann, beweist ein ungewöhnliches Erscheinungsbild in auffälliger Abhängigkeit vom mensuellen Zyklus, das in unserer Klinik zur Beobachtung kam und am 12. 12. 1936 in der Schlesischen Dermatologischen Gesellschaft von Gohlisch vorgestellt wurde:

Die 31 Jahre alte Patientin weist seit 1933 Krankheitsveränderungen auf, die vor allem im Bereich des Gesichtes, des behaarten Kopfes, der Achselhöhle, des Mons pubis und der Füße lokalisiert sind. Die Krankheitsherde waren unregelmäßig, aber scharf begrenzt, wiesen eine ausgeprägte Akuität mit Rötung und Bläschenbildung auf.

Die Menses sind unregelmäßig, sie bleiben gelegentlich aus. Jedesmal tritt praemenstruell und an dem zu erwartenden Mensestermin eine Verschlimmerung der Hautveränderungen auf insofern, als die Akuität stärker, die Krankheitsherde größer werden und an der einen oder anderen Stelle neue Krankheitsherde aufschießen. Außerdem besteht praemenstruell immer quälender Juckreiz und anhaltender Kopfschmerz. Während der klinischen Behandlung wurde der Urin prae- und intermenstruell untersucht. Die Untersuchung ergab beidemal einen negativen Hormonspiegel und eine negative Prolan A- und B-Reaktion. Da im August eine Menses von nur 2 Tagen, im September überhaupt keine auftrat, die Krankheitsherde sich unter lokaler Behandlung nur unwesentlich besserten, entschlossen wir uns zur Hormonverabreichung. 5 Wochen nach der 2 tägigen Menses wurden 5 Tage lang 2 ccm Prähormon i. m. und 11 Tage lang ein Suppos. Prähormon, daneben dreimal täglich 2 Dragees Panhormon zu 100 E. verabreicht mit dem Erfolg, daß 3 Tage vor dem nächsten Termin im Oktober eine Blutung von 5 Tagen

mit schlagartiger Besserung des Krankheitszustandes der Haut auftrat. Ovarpanhormon wurde täglich zu 600 E., zuletzt 300 E. weiter verabreicht. Augenblicklich weist die Kranke an den oben beschriebenen Stellen nur flächenhafte scharf begrenzte Erytheme auf.

Die Kranke wurde dann noch ein weiteres Jahr in der Breslauer Univ.-Hautklinik beobachtet und behandelt. So vielversprechend anfänglich die Hormontherapie schien, konnte doch das Ekzem in der Folgezeit nie vollständig zum Abheilen gebracht werden. Die Menstruation blieb trotz über ein Jahr durchgeführter hormonaler Behandlung unregelmäßig, das Ekzem wechselte im Aussehen in der oben beschriebenen Abhängigkeit vom Menstrualzyklus. Eine mit allen zu Gebote stehenden Mitteln versuchte Umstimmung konnte nur vorübergehend erreicht werden und brachte wohl eine Besserung, aber keine vollständige Heilung des Hautleidens.

Man kann in dem eben beschriebenen Fall wohl eine bodenbereitende, die Ekzemdisposition verstärkende Wirkung der Ovarialdysfunktion annehmen. Immer wieder müssen wir aber den kranken menschlichen Körper als ganzes in Betracht ziehen. Und in dieser Hinsicht lesenswert ist eine Abhandlung von Kémeri, der 2 Fälle von allerdings erysipeloidartiger menstrueller Hauterkrankung beobachtete, die nach Entfernung fokaler Eiterherde (in diesen Fällen der Tonsillen) schlagartig abheilten, nachdem energische Ovarialhormontherapie erfolglos geblieben war. Kémeri nimmt in solchen Fällen eine Schädigung des Centralnervensystems durch Infektion an, das seinerseits innersekretorische Störungen und gleichzeitig Hautleiden bewirkt. Hinweis auf eine letzten Endes im Centralnervensystem gelegene Störung bieten auch 2 Beobachtungen von Urbach, der menstruelle Ekzeme durch Hypophysenbestrahlung heilte.

Daß auch zur Zeit der normalen Menstruation bei der gesunden Frau die Haut eine veränderte Reaktionslage zeigt, ist schon lange bekannt und durch Versuche bestätigt. Die zuerst von Dietrich und später von Ellinger gefundenen Zusammenhänge zwischen der Lichtempfindlichkeit der Haut und der Phase der Menstruation wurden 1933 von Guthmann und Nagel bestätigt. Sie prüften erneut die Ultravioletttempfindlichkeit im Zusammenhang mit dem mensuellen Zyklus an 41 gesunden Frauen. In der Hälfte der Fälle fand sich eine Zunahme der Intensität des Lichterythems in den letzten 7 Tagen vor oder am ersten Tage der Menstruation. Die Be-

obachter nehmen einen Zusammenhang mit den gleichzeitig auftretenden Schwankungen des kationalen Jonengehaltes im Blut an. Andere Untersuchungen befassen sich mit der Cantharidenreaktion in ihrer Abhängigkeit vom mensuellen Zyklus. Honmann findet in 10 Fällen im Exsudat der Cantharidenpflasterblase die lymphocytären Elemente im Praemenstrum oder zu Blutungsbeginn am niedrigsten. Im Zusammenhang von Kapillarfunktion und Menstruation stellte Gebert mit der Methode der dermographischen Latenszeit einen praemenstruellen Anstieg derselben fest, der mit Einsetzen der Blutung seinen Höhepunkt erreicht. Mit dem menstruell veränderten Verhalten der Hautkapillaren dürfte auch die Tatsache, daß Bienengift, ein ausgesprochenes Gefäßgift, nach den Beobachtungen von Flury besonders stark auf Frauen während der Menstruation wirkt, zusammenhängen. Wiener betont das häufige Manifestwerden der menstruellen Blutungsbereitschaft beim Dazukommen eines 2. Faktors. So beschreibt Winkler profuse Menstrualblutungen bei gleichzeitigem Vorhandensein eines Bandwurms. Bekannt sind auch Blutungen zur Zeit der Menses aus einer bestehenden Ulceration (das „Menstrualgeschwür" der älteren Autoren). Über einen eigenartigen Zusammenhang eines Ulcus cruris mit dem Aufflammen eines systematisierten angiomatösen Naevus 3—8 Tage vor Einsetzen der Menstruation berichtet Schiwy; die Erscheinungen hörten nach Abheilen des Ulcus schlagartig auf. Speidel beobachtete sich wiederholende, 2—3 Tage vor den Menses auftretende Blutungen aus dem Lungengewebe ohne nachweisbaren spezifischen Prozeß in den Lungen. Eine akute Stauungsblutung, die wiederholt praemenstruell auftrat, wurde in unserer Poliklinik vor 2 Jahren beobachtet:

Das junge Mädchen L. K. wurde im November 1936 wegen eines seborrhoischen Ekzems des Nackens behandelt, als am 15. 11. am Oberlid des linken Auges einzelne stecknadelkopfgroße, gelbliche kaum sichtbare Fleckchen, die auf Reiben wegen Juckreiz zurückgeführt wurden, auffielen.

Am 20. 11. folgender Befund: An beiden oberen Augenlidern punkt- und streifenförmige Blutungen in symmetr. Anordnung. Außerdem an Hals und Wangen punktförmige stippchenartige Blutungen.

Die Blutungen sind praemenstruell aufgetreten. Menses regelmäßig.

Am 17. 12. kommt die Patientin wieder mit frischen feinsten Blutungen, die teils punkt-, teils strichförmig ange-

ordnet, diesmal auf die Oberlider beschränkt sind und nach Überanstrengung (Obstipation) aufgetreten sein sollen, diesmal intermenstruell.

Hier führte die akute Stauung durch Pressen bei menstruell bzw. praemenstruell erhöhter Blutungsneigung zu kleinsten Hautblutungen im Bereich der Augenlider.

Eine Reihe von Autoren berichten auch über die Verminderung der Thrombocytenzahlen des Blutes im Praemenstrum, über verlängerte Gerinnungszeit des Blutes und ein Positivwerden des Rumpel-Leede. Gottron fand bei der Purpura Majocchii praemenstruelles Aufflammen mit Erythrocytenhöchstwerten mitten zwischen zwei Perioden. Gottron beschreibt auch erstmaliges Auftreten in den Pubertätsjahren und verstärkte Blutungsneigung vor und während der Periode bei der Oslerschen Erkrankung.

Im November 1937 wurde bei einer Patientin unserer Poliklinik, die an Morbus Osler erkrankt war, folgende Anamnese erhoben:

In der Familie nichts von ähnlichen Hautleiden bekannt. Bei der Pat. selbst erstes Auftreten zur Zeit der Pubertät. Die Patientin hat häufig Nasenbluten. Die Blutungen treten häufig und besonders stark während der Menses auf. Menses regelmäßig.

Befund: Sitz der Krankheitsveränderungen sind beide Wangen, besonders hochgradig befallen sind Ober- und Unterlippenrot, Zungenspitze und harter Gaumen. In geringerem Maße sind auch beide Handteller befallen. Im einzelnen handelt es sich um stecknadelkopf- bis reiskorngroße, im Niveau der Haut liegende, bläulich-rote Flecke, deren Farbton auf Druck zwar etwas blasser wird, aber nicht verschwindet.

Der eben beschriebene Fall bestätigt die schon früher von Gottron gemachten Beobachtungen.

In das Gebiet menstrueller Blutungsneigung fällt auch die Selbstbeobachtung einer 26 jähr. Ärztin, die zur Zeit der Menstruation an Masern erkrankte und bei der während der Periode ein hämorrhagisches Masernexanthem zum Ausbruch kam. Gleichzeitig wurde eine Thrombocytenverminderung von 22 000 festgestellt. Die hämorrhagische Note des Exanthems hatte aber keinerlei Einfluß auf die sonst leicht und komplikationslos verlaufenden Masern.

Zum Schluß möchte ich noch die erhöhte Arzneiempfindlichkeit im Zusammenhang mit der Menstruation erwähnen. Be-

steht schon allgemein während der Menses eine erhöhte Empfindlichkeit gegen Arzneistoffe (L e n d l e), so ist speziell die Haut bei manchen Frauen in dieser Zeit gegen Medikamente überempfindlich. Bekannt ist das menstruelle Antipyrinexanthem als Ausdruck einer labilen Krankheitsbereitschaft, die durch endokrine Vorgänge vorübergehend manifest wird (G o t t r o n). Daß Menstrualexantheme häufiger als man erfährt Arzneiausschläge sind, hält S é z a r y für wahrscheinlich, weil gerade zur Zeit der Menses oft regelmäßig Medikamente eingenommen werden. Aber auch bei äußerer Anwendung von Medikamenten muß man bei Frauen während der Menses vorsichtig sein. So beobachteten wir erst im vergangenen Jahr eine Patientin mit endogenem Ekzem, die während der klinischen Behandlung zweimal eine menstruelle Teerreizung bekam, während sie bald nach den Menses das gleiche Teerpräparat wieder ausgezeichnet vertrug.

Zusammenfassung.

An 20 in den letzten 2 Jahren in der Breslauer Universitäts-Hautklinik beobachteten Fällen wurden die Zusammenhänge von Menstruation und Menstruationsunregelmäßigkeiten mit den verschiedensten Hautkrankheiten erörtert.

Für einige Hautkrankheiten, zu denen progressive Sklerodermie und Dermatitis symm. dysm. gehören, ist eine ätiologische Bedeutung der Menstruationsunregelmäßigkeiten, die ja nur ein Ausdruck ovarieller Dysfunktion sind, abzulehnen, sie sind vielmehr als eine dem Hautleiden parallel zu setzende Störung der inneren Sekretion in Abhängigkeit von einer übergeordneten Erkrankung des Nervensystems aufzufassen.

Bei den Infektionskrankheiten wie Herpes, Erysipel u. a. spielt die zur Zeit der Periode herabgesetzte Abwehrfähigkeit gegenüber Krankheitserregern, die aber vielleicht eher als eine erhöhte Ansprechbarkeit gegenüber Reizen zu deuten ist, eine ausschlaggebende Rolle.

Innersekretorische Drüsen und vegetatives Nervensystem sind maßgebend beim Zustandekommen von menstrueller Urticaria und Quincke'schem Ödem, wobei das vegetative Nervensystem vermittelnde, in manchen Fällen wahrscheinlich auch eine übergeordnete Rolle spielt.

Auch beim Zustandekommen der menstruellen Ekzeme dürfte der Ovarialtätigkeit in Verbindung mit dem vegetativen System eine entscheidende Rolle zukommen.

Die bekannte praemenstruelle Blutungsbereitschaft zeigt sich besonders beim Hinzutreten einer in der gleichen Richtung wirkenden Komponente.

Eine Zusammenstellung über den genauen Zeitpunkt des Auftretens oder Exacerbierens von Hauterkrankungen im mensuellen Zyklus zeigt, daß dieser Zeitpunkt bei den meisten dieser Hautleiden in den letzten 8 Tagen vor Beginn der nächsten Periode oder während der Menstruation selbst liegt.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, an dieser Stelle Herrn Professor Dr. Gottron für die Überlassung des Themas und für die gütige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Zusammenstellung der in der Arbeit veröffentlichten Fälle aus der Universitäts-Hautklinik in Breslau.

1. Progressive Sklerodermie m. abgelaufener Calcinosis bei spät einsetzender Menarche u. wechselnd unregelmäßiger Menstruation.
2. Progressive Sklerodermie. Beginn nach einer Entbindung. Menses in letzter Zeit immer unregelmäßig.
3. Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica.
4. Pubertätsacne mit regelmäßiger Menstruation.
5. Menstruationsacne bei regelmäßiger Periode.
6. Acne bei unregelmäßiger Menstruation.
7. Herpes menstrualis. Periode regelmäßig.
8. Herpes menstrualis. Regelmäßige Menses.
9. Herpes menstrualis. Periode regelmäßig.
10. Postmenstrueller Herpes genitalis. Menses regelmäßig.
11. Praemenstruell recid. Staphylococcenerysipel. Menses regelmäßig.
12. Erythema exsud. multif., menstruell recidivierend. Periode regelmäßig.
13. Lichen ruber pemphigoides mit praemenstrueller Blasenbildung. Menses regelmäßig.
14. Recid. Urticaria, zur Zeit der Menses weniger stark. Menses regelmäßig.
15. Hartnäckige Urticaria bei unregelmäßiger Menses.
16. Praemenstruelles Quincke'sches Ödem. Menses regelmäßig.
17. Cyanot. Ödem des rechten Beines (Ödema Meige?), praemenstruell anschwellend. Menses unregelmäßig.
18. Dysmenorrhoisches Ekzem.
19. Praemenstruelle akute Stauungsblutung. Menses regelmäßig.
20. Osler'sche Erkrankung mit stärkeren Blutungen zur Zeit der Menses. Menses regelmäßig.

Zusammenstellung über den genauen Zeitpunkt des Auftretens oder Exacerbierens von Hautkrankheiten im mensuellen Cyclus nach in der Literatur beschriebenen und in der Breslauer Hautklinik beobachteten Fällen.

Menstrueller Herpes	einige Tage vor, gleichzeitig, und unmittelbar nach der Periode
Autotox. Zoster	während der Menses
Lichen ruber pemphigoides	vor der Periode
Erythema exs. multif.	8 Tage
	2 Tage vor der Menses
	während der Menses
Erythema gyratum	2 Tage vor Beginn der Menses
Pemphigus chron.	bei jeder Periode
Staphylococcenerysipel	10 Tage vor d. Periode
Psoriasisausbrüche	z. Z. der Menses
Lymphangiom (subjekt. Beschwerden)	während der Menses
Systemat. ang. Naevus (Aufflammen)	3—8 Tage vor d. Mens.
Trophoedema chron. faciei (maximale Entwickelung)	8—9 Tage vor d. Mens.
Schwerer Fall v. Urticaria menstr.	8 Tage vor der Periode
Purpura Majocchii	mitten zw. 2 Perioden
Lungenblutungen (kein spez. Prozeß)	2—3 Tage vor Beginn der Menses
Größte Blutungsneigung b. Osler	vor und während der Menses
Hämorrhag. Masern	während der Menses
Menstruationsexanthem	4—5 Tage vor d. Mens.
Dysmenorrh. Ekzem (stärkster Juckreiz u. Aufflammen)	3—4 Tage vor d. Mens.
Menstrualekzem	7 Tage vor d. Periode
Endogenes Ekzem	3 Tage vor Beginn der Menses
Teerreizung b. endogenem Ekzem	während der Menses
Ultraviolettempfindlichkeit b. Frauen	7 Tage vor und am 1. Tage der Menstr.
Cantharidenreaktion (geringste Lymphohistiocytäre Reaktion) b. Frauen	im Praemenstr. oder zu Blutungsbeginn

Literatur.

Atkinson u. Joy, Menstrual edema, ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschl., Bd. 54 (1937).

Bloch, cit. b. Stein, Erkrankungen d. Talgdrüsen, in Handb. f. Haut- u. Geschl. von Jadassohn, XIII, 1 (1932).

Bohnstedt, Untersuchungen über Ausscheidung von Prolan A u. Follikulin im Harn v. Hautkranken, Klin. Woch. 1934, Nr. 47.

Dietrich, cit. bei Rost u. Keller im Handb. f. Haut- u. Geschl. von Jadassohn, V, 2 (1929).

Dölken, Beitrag z. Pathogenese v. generalisierten Keratodermien, Dermat. Woch. 1937, Bd. 105, 42.

Ehrmann u. Brünauer, Sklerodermie, Hdb. f. Haut- u. Geschl. von Jadassohn, VIII, 2 (1931).

Ellinger, cit. b. Guthmann u. Nagel, Strahlenth. 1933, 48.

Fellner, Menstruelle Dermatosen, Dermat. Ztschrft. 1937, 74.

Freund u. Friedrich, Med. Welt 1933, S. 1387, Nr. 39.

Flury, Über den Bienenstich, Naturw. 11, Berlin 1923.

Geber, Einige Daten z. Pathologie d. Urticaria menstr., Dermat. Ztschrft. 1921, Bd. 32.

Gebert, Kapillarfunktion u. Menstruation, Klin. Woch. 1936, 23.

Gottron, Wechselwirkungen zw. Haut u. inn. Org. (in Adam, Normale u. krankhafte Steuerung).

— Beziehungen zw. Hautkr. u. Krankh. an d. Organen, Ztschrft. f. Ärztliche Fortbildung 1938 (noch im Druck).

— Purpura Majocchii, Archiv f. Dermat. u. Syph., Bd. 159 (1930).

— Kreislaufstörungen u. Hämorrh. d. Haut, (in Arzt-Zieler, Die Haut- u. Geschl., Bd. II, 1935).

— Ausgewählte Kapitel z. Frage v. Konst. u. Hautkr. (in Jaentsch, Konstit. u. Erbbiol.).

Gohlisch, Ungew. Erscheinungsb. in auffallender Abhängigkeit v. mensuellem Cyclus, Ztrbl. f. Haut- u. Geschl. 1937, Bd. 57, 1.

Guthmann u. Nagel, Ultraviolettempfindlichkeit u. Menstr. Cyclus, Strahlenth. 1933, 48.

Halter, Ein Fall v. Dermatitis symm. dysm., Zentralbl. f. Haut- u. Geschl., Bd. 57, 8.

Hebra, cit. in Berliner Klin. Woch. 1877, Nr. 17.

Hoede, Über Beziehungen zw. Psoriasis u. Ovarialfunktion, Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1930, Bd. 84.

Honmann, Cantharidenreaktion u. mensueller Cyclus, Arch. f. Gynäk. 1929, Bd. 139.

Kémeri, Fälle v. Toxikodermia menstruale, ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschl. 1937, Bd. 56, 9.

Klein, Fall z. Diagnose (wahrsch. Eryth. menstr.), Arch. of. Derm. and Syphilol. 1923, Bd. 8.

Koch, Der Schweißdrüsenabzeß d. Erwachs., Archiv f. Derm., Bd. 176.

Konrad, 2 Fälle v. Menstrualexanthem, Ztrbl. f. Haut- u. Geschl. 1925, Nr. 19.

Kreibich, Dermatitis angioneurotica, Arch. f. Dermat., Bd. 122.

Kreis, Une forme pathologique de la menstruation relevant de l'hérédosyphilis (Bull. de. la Soc. Franç. d. Derm. et d. Syph. 1928) ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschl. 1929, 29.

Lendle, Empfindlichkeitsschwankungen gegen Arzneistoffe, Med. Klin. 1937, 51.

Lichter, Experimentelle Urticaria, Derm. Woch. 1924, 79.

Lipschütz, Untersuchungen über d. Ätiol. d. Erkr. d. Herpesgruppe, Arch. f. Dermat., Bd. 136 (1921).
Lülsdorf, Ein Staphylococcenerysipel, Münch. Med. Woch. 1926, Nr. 52.
Mayr, Haut- u. innere Sekretion, in Arzt-Zieler, Die Haut- u. Geschl., Bd. I (1934).
Nobl, Psoriasis, Handb. f. Haut- u. Geschl. von Jadassohn, VII, 2 (1928).
Oswald, Die Beziehungen d. Dermatosen z. Inn. Sekr., Klin. Woch. 1930, 4/5.
Polland u. Matzenauer, Dermatitis sym. dysm., Archiv f. Derm. u. Syph., Bd. 111.
Pulvermacher, Hautkr. u. Inn. Sekr. 1927.
Quincke, cit. b. Pulvermacher, Hautkr. u. Inn. Sekr.
Ramel u. Sorba, Beitrag z. Studium d. Follikulinurie, Dermat. Woch. 1938, Nr. 8.
Rinsema, Menstruationsherpes, Acta dermato-ven. 1920, Bd. I, 1.
Rothmann, Jucken u. juckende Hautkr., Handb. f. Haut- u. Geschl. von Jadassohn, XIV, 1 (1930).
Solomons, Herpes als Symptom einer vicariierenden Menstr., ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschl. 1921, 2.
Schamberg, cit. b. Stein, Erkr. d. Talgdrü., Hdb. f. H. u. Geschl. von Jadassohn, XIII, 1.
Schönfeld, Zoster u. Herpes simpl., Handbuch f. Haut- u. Geschl. v. Jadassohn, VII, 1.
Schiwy, Praemenstr. partiell. Aufflammen eines system. angiom. Naevus, Ztrbl. f. Haut- u. Geschl. 1928, Bd. 27, S. 250.
Séjzary, Bureau u. Horowitz, Dermatoses cataméniales médicamenteuses, ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschl. 1937, Bd. 57, 4.
Stümpke, Hautkrankheiten u. endokrines System (1934).
Speidel, Über kurz vor den Menses auftr. Blutungen aus d. Lungengewebe, Deutsche Med. Woch. 1938, Nr. 2.
Tanaka, Fall v. Menstruationsdermatose, ref. Ztrbl. f. Haut- u. Geschl. 1933, 46.
Tryb, Lichen ruber pemphigoides, Derm. Woch. 1922, 24.
Unna, Die Histopathologie d. Hautkrankh., 1894.
Urbach u. Schiller, Der heutige Stand d. Acneproblems, Med. Klin. 1937, 51.
Urbach, Endokrin bedingte Haut-, Schleimhaut- u. Haarerkrankungen, Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 161 (1930).
Weitgasser u. Cafasso, Ein Fall v. menstr. Urticaria hämorrh. m. Berücks. d. Blutbildes, Med. Klin. 1924, 27.
Wiener, Die Beziehungen d. Genitalorg. zu. Hautveränder. (1924).
Wirz, Elephantiasis, Hdb. f. Haut- u. Geschl. v. Jadassohn, Bd. VIII, 2, S. 948.
Winkler, Menstrualblutung u. Bandwurm, Deutsche Med. Woch. 1917, S. 469.
Yap, Untersuchungen über d. Acne vulg., Arch f. Derm. 175 (1937).

Lebenslauf.

Am 3. 9. 1910 wurde ich als Tochter des prakt. Arztes Dr. med. Carl Ullrich und seiner Ehefrau Maria, geb. Dominick, in Waldenburg-Altwasser/Schles. geboren. Ich besuchte das Lyzeum der Ursulinen in Schweidnitz in Schles., das Lyzeum in Waldenburg/Schles. und die Oberrealschule in Waldenburg, an der ich am 12. März 1930 die Reifeprüfung ablegte. Von Ostern 1930 ab studierte ich in Breslau und München Medizin und bestand am 19. 12. 1935 in Breslau das Medizinische Staatsexamen. Vom 15. 1. 1936 bis 30. 6. 1936 war ich an der Inneren Abteilung des Städtischen Allerheiligenhospitals in Breslau und vom 1. 7. 1936 bis 15. 1. 1937 an der Universitäts-Kinderklinik in Breslau als Medizinalpraktikantin tätig. Am 1. März 1937 erhielt ich in Berlin meine Bestallung als Arzt mit der Geltung vom 15. Januar 1937. Vom 16. 1. 1937 bis 31. 7. 1937 war ich als Volontärassistentin an der Universitäts-Kinderklinik und vom 1. 9. 1937 bis 31. 3. 1938 als Volontärassistentin an der Universitäts-Hautklinik in Breslau tätig.

Elisabeth Ullrich.